

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE ^{N°} 402

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

BOCSKAY ETIENNE

Né à OCNASUGATAG (Roumanie), le 4 Avril 1907

Le tire-lait électrique du Docteur Abt

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1933

THÈSE

N° —

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(*Mention Médecine*)

PRÉSENTÉE PAR

BOCSKAY ETIENNE

Né à OCNASUGATAG (Roumanie), le 4 Avril 1907

Le tire-lait électrique du Docteur Abt

Président de Thèse : M. le Professeur BRINDEAU

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

—
1933

LE DOYEN. M. BALTHAZARD

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	N...
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	MARION.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSENGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	CARNOT.
	BEZANÇON.
	ACHARD.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	LENORMANT.
Clinique chirurgicale	CUNÉO.
	GOSSET.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	LEGUEU.
Clinique urologique	GRÉGOIRE.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MAUCLAIRE.
	MULON.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiâtrie.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BROCQ.....	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ.....	Pathologie médicale.
BUSQUET.....	Pharmacologie.
CADENAT.....	Pathologie chirurgicale.
CATHALA.....	Pathologie médicale.
CHABROL.....	Pathologie médicale.
CHAILLEY-BERT...	Physiologie.
CHEVALLIER..	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
DONZELOT....	Pathologie médicale.
ECALLE.....	Obstétrique.
FEY.....	Urologie.
GASTINEL.....	Bactériologie.
GATELIER.....	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgicale.
GIROUD.....	Histologie.
HALPHEN. . .	Oto-rhino-laryngologie.
HARVIER.....	Pathologie médicale.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN.....	Anatomie pathologique.
HUTINEL.....	Pathologie médicale.
JOANNON.....	Hygiène.

MM.

LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LAROCHE (Guy)...	Pathologie médicale.
LEVEUF.....	Pathologie chirurgicale.
LEVY-VALENSI.	Neuro-psychiâtrie.
LIAN.....	Pathologie médicale.
MONDOR.....	Pathologie chirurgicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOURE.....	Pathologie chirurgicale.
OBERLING.....	Anatomie pathologique.
OLIVIER.....	Anatomie.
PIEDELIEVRE.	Médecine légale.
PORTES.....	Obstétrique.
QUENU.....	Pathologie chirurgicale.
RICHET.....	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SEZARY.....	Dermatologie et syphillographie.
TROISIERS	Pathologie expérimentale et comparée.
VALLERY - RADOT	
(Pasteur)....	Pathologie médicale.
VAUDESCAL...	Obstétrique.
VELTER.....	Ophthalmologie.
VIGNES.....	Obstétrique.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LEQUEUX.....	Obstétrique.
LEROUX	Anatomie pathologique.

MM.

NEVEU-LEMAIRE..	Parasitologie
REITTERER.....	Histologie.
ZIMMERN.....	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	MOCQUOT	Clinique chirurgicale.
CHIRAY	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
N... ..	Clinique médicale.	SCHWARTZ ...	Clinique chirurgicale.
DUVOIR	Clinique médicale.	LE LORIER ...	Clinique obstétricale.
BASSET	Clinique chirurgicale.	LEVY-SOLAL ...	Clinique obstétricale.
CHEVASSU ...	Clinique chirurgicale.	METZGER	Clinique obstétricale.
HEITZ-BOYER	Clinique chirurgicale.	GUÉNIOT	Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
MAUCLAIRE, professeur sans chaire	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	Stomatologie.
CHAILLET-BERT, agrégé ...	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEILL-HALLÉ	Fuériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE

A MA SŒUR GISELE

*Qui a remplacé pour moi mes
bons parents que j'ai perdus et
qui m'a aidé à finir mes études.*

A MA BONNE SŒUR ARANKA

A MONSIEUR LE DOCTEUR DIGONNET

*Qui a toujours été pour moi un
maître et un ami.*

A MONSIEUR AMBRO

Conseiller à la Légation Hongroise de Paris

A MONSIEUR MULLER

Directeur du Centre d'Etudes Hongroises de Paris

*Qui n'a pas cessé de m'aider
pendant mes années d'études.*

A MONSIEUR STREIBEL

*Pour ses bienveillantes atten-
tions.*

A MES AMIS

Nous dédions ce simple et modeste ouvrage,
en témoignage de respectueuse et profonde gratitude
à MONSIEUR LE PROFESSEUR BRINDEAU

*Qui nous a inspiré ce travail et
qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.*

INTRODUCTION

Cette thèse aura pour but de rendre populaire le tire-lait électrique dont l'invention est due au docteur Abt, et qui est en usage courant aux Etats-Unis depuis une dizaine d'années, alors que chez nous, en Europe, il y a à peine quatre années qu'il est introduit; malgré les avantages énormes qu'il a sur les autres pompes à lait, il n'est pas très connu.

Ce fut Monsieur le professeur Brindeau qui, à Paris, l'a utilisé pour la première fois, dans sa clinique, en 1928, et c'est également lui qui a pris la parole en faveur de cet appareil, la même année, à la Société d'Obstétrique et Gynécologie.

PLAN DE LA THÈSE

I° GÉNÉRALITÉS.

II° CAUSES DE NON-ALLAITEMENT PROVENANT DE LA MÈRE :

- a) malformations du mamelon,
- b) crevasses,
- c) lymphangite et abcès du sein,
- d) insuffisance lactée.

III° CAUSES DE NON-ALLAITEMENT PROVENANT DE L'ENFANT :

- a) malformations buccales,
- b) affections buccales,
- c) débiles et prématurés.

IV° AUTRES CAUSES :

Syphilis et maladies infectieuses.

V° DESCRIPTION DE L'APPAREIL, MODE D'EMPLOI, USAGE
ET ENTRETIEN.

VI° OBSERVATIONS.

VII° CONCLUSION.

GÉNÉRALITÉS

Nous ne désirons pas insister sur l'énorme importance de l'allaitement naturel et sur sa valeur comparée à celle de l'allaitement artificiel.

Mises à part les raisons sociales et la tendance actuelle, qui font que, souvent, les mères ne veulent pas allaiter leurs enfants (en alléguant parfois des motifs ridicules) c'est principalement la crainte de la déformation de leurs seins qui les fait agir ainsi. Et je crois que l'on ne doit pas négliger non plus le rôle des différentes maisons commerciales, dont les prospectus ne cessent d'affirmer que leurs produits ont une valeur égale à celle du lait de la mère.

Mais parfois aussi, certaines causes rendent ce mode d'allaitement particulièrement pénible et difficile, et empêchent ainsi d'allaiter la mère qui en serait la plus désireuse.

Ces causes ont existé depuis toujours; aussi, nombreuses ont été les tentatives de les supprimer, pour permettre aux jeunes mères de nourrir leurs enfants au sein sans qu'elles en souffrent.

Les difficultés et les impossibilités de l'allaitement au

sein sont assez nombreuses. Plusieurs procédés ont été imaginés pour les obvier. Parmi ceux-là nous en trouvons certains qui sont relativement bons. Cependant, ils ont presque tous un défaut quelconque. Tous ces défauts sont supprimés par le tire-lait électrique.

Les difficultés de l'allaitement au sein peuvent se rapporter soit à la mère soit à l'enfant.

Nous allons les envisager successivement.

CAUSES DE NON-ALLAITEMENT PROVENANT DE LA MÈRE

a) MALFORMATIONS DU MAMELON.

Ce sont les plus fréquentes.

Dans ce cas on a préconisé des différents procédés, comme le massage des mamelons pendant les derniers mois de la grossesse, ou des titillations répétées. Peut-être que ces procédés ont pu donner quelques résultats, en tous cas, ils ont été inconstants et parfois nuisibles.

«Grâce au tire-lait électrique tous ces procédés peuvent être rejetés et n'ont plus aujourd'hui qu'un intérêt rétrospectif.

En prenant les cas les plus difficiles (mamelons fortement viciés) l'application et l'usage rationnels du tire-lait électrique permettent d'obtenir d'excellents résultats. Malgré la forte aspiration (15 maxima de l'appareil) et une durée prolongée de la traite, les femmes n'éprouvent jamais de douleurs.

Après les premières traites, le mamelon devient saillant, il revient il est vrai sur lui-même en quelques instants, mais en l'espace de quelques jours il commence

à rester définitivement et suffisamment sorti, pour que l'enfant puisse désormais téter directement.

La forme du mamelon a une très grande importance : il est en effet nécessaire pour que l'enfant tète facilement, que le mamelon fasse une saillie suffisante. Les mamelons peuvent être mal conformés à des degrés différents :

1° *le mamelon court*, soit en cône tronqué, plus étroit au sommet qu'à sa base, que l'enfant n'arrive pas à saisir correctement, ou à introduire assez avant dans sa bouche, et qui, n'offrant pas de bonne prise glisse très facilement sous les lèvres de l'enfant.

2° *le mamelon plan*, où le sommet du sein n'offre aucune saillie, le mamelon se continuant sans démarcation avec l'aréole. Cette disposition rend l'allaitement complètement impossible.

3° *le mamelon ombiliqué* constitue la forme la plus défectueuse, où, au lieu d'une saillie, il existe une dépression plus ou moins importante.

Dans tous ces cas, où le mamelon a une forme défectueuse, l'allaitement au sein est difficile, ou même impossible, l'enfant fera plus d'efforts, se fatiguera, et n'acceptera plus le sein. D'autre part, le mamelon sera fortement tirillé, continuellement traumatisé par les gencives de l'enfant, et ainsi beaucoup plus exposé aux accidents dont le prototype sont les crevasses.

C'est la forme du mamelon qui nous indique le bout qui doit être employé : le plus souvent, c'est le petit, destiné à ne saisir que le mamelon.

Très souvent, dès le troisième jour, l'enfant peut prendre directement le mamelon, qui est devenu saillant

après les applications du tire-lait (six à huit applications par jour).

Il est à remarquer que ces femmes à seins ombiliqués, et traitées par le tire-lait électrique, malgré la forme défectueuse des mamelons, ne présentent pas de crevasses au cours du traitement.

b) CREVASSES.

Elles constituent la complication la plus fréquente de l'allaitement au sein. Elles sont d'apparition précoce, souvent très douloureuse, et cette douleur est un des obstacles principaux à la continuation de l'allaitement.

La cause principale est le traumatisme effectué par la bouche de l'enfant : ceci est bien clair, et si les crevasses surviennent sur un mamelon bien conformé, elles vont apparaître beaucoup plus facilement, lorsqu'il existe un mamelon défectueux, d'où le lait s'écoule difficilement.

Les crevasses peuvent devenir le point de départ d'une lymphangite ou d'un abcès : en effet, les mamelons sont toujours infectés par la bouche de l'enfant (infectée elle-même lors du passage par les voies génitales basses).

L'idée de suppléer au mamelon par un bout de sein est très ancienne. Le premier paraît avoir été inventé par Ambroise Paré. Depuis, de nombreux modèles se sont succédés. Actuellement, le modèle le plus employé est encore le bout de sein de Bailly. Il a pu rendre des services appréciables, étant donné son extrême simplicité, et la facilité de son asepsie. Cependant, il présente

plusieurs inconvénients importants : par suite de ses dimensions, il existe en cas de mamelons très saillants, un espace plus ou moins considérable, entre ce dernier et la coupule de verre : l'enfant à chaque succion avale de l'air ; d'autre part il est obligé de faire de grands efforts, le lait lui arrivant difficilement ; il se nourrit d'une façon insuffisante, la sécrétion lactée n'étant pas suffisamment sollicitée, a tendance à diminuer.

Les tétrelles bi-aspiratrices de Budin (ainsi nommées parce que la mère et l'enfant aspirent successivement) sont fatigantes pour la mère qui, pour cette raison y renonce rapidement. Elles sont également fragiles, leur fonctionnement souvent défectueux, nécessitant une ébullition prolongée pour en assurer l'asepsie ; elles se détériorent rapidement.

Les tétrelles simples ont une utilisation plus commode. Elles se composent d'une ampoule en verre qui s'applique sur le mamelon par l'intermédiaire d'un petit entonnoir et d'un tuyau aspirateur unique. Le lait recueilli par aspiration de la mère s'écoule directement dans l'ampoule, on verse ensuite dans un biberon pour le donner à l'enfant. Mais ici encore la mère se fatigue également et cela rend l'appareil peu commode. Par conséquent, les résultats ne sont pas satisfaisants.

La succipompe de Rohan présente de réels progrès, elle se rapproche du mécanisme de la succion du nourrisson par le relâchement et l'aspiration alternatifs du mamelon. C'est essentiellement une pompe aspirante, son rôle se borne à l'aspiration, le vide et la pression

atmosphérique se succédant tour à tour au niveau du mamelon.

On a pu l'employer avec succès dans bien des cas; toutefois, cet appareil soulève de sérieuses objections dont peut-être la principale est la brutalité de l'aspiration qui, en effet, ne peut être réglée d'une façon précise, et ceci rend son emploi plus ou moins pénible pour la mère. D'autre part, l'extrême lenteur avec laquelle on peut extraire le lait, parfois est vraiment désespérante. Il s'ensuit une irrégularité de l'aspiration dans son amplitude et dans son rythme.

Nous citons enfin les pompes à lait de Forest, d'Ibrahim, de Jaschke et de Scherbak-Kermannner.

Tous ces modèles n'ont pu imiter la succion physiologique du nourrisson.

Ici encore, c'est le tire-lait électrique qui permet d'éviter l'arrêt de l'allaitement sans provoquer la moindre douleur à l'occasion des traites, et de laisser guérir les crevasses en quelques jours.

c) LYMPHANGITE ET ABCÈS DU SEIN.

Ils nécessitent à plus forte raison l'arrêt de l'allaitement au sein, jusqu'à leur guérison complète. D'une part, c'est la douleur violente qui empêche la mère de donner le sein à son enfant, d'autre part le lait infecté peut renfermer des germes virulents. Avec les différents modèles de tire-lait où le tirage du lait s'accompagne, normalement même, de douleur, ici, ils ne sont presque pas utilisables (ou bien avec des difficultés considérables). Alors, la reprise de l'allaitement peut être

pénible, la sécrétion diminuée ne s'établit de nouveau que parfois bien difficilement.

En cas de lymphangite et abcès du sein, c'est toujours le traitement classique qui donne le meilleur résultat. Cependant même ici, le tire-lait peut avoir une utilisation très précieuse car il permet de drainer les collections purulentes des conduits galactophores et de décongestionner le sein sans provoquer de douleur notable. Ne laissant pas stagner le lait, la sécrétion ne subit pas de modification. En somme, dans ces cas même, on a pu éviter la suspension de l'allaitement.

d) INSUFFISANCE LACTÉE.

C'est une raison la plus souvent invoquée par la mère pour renoncer à l'allaitement au sein. L'hypocalctie peut être primaire, dans les jours qui suivent l'accouchement, ou secondaire, survenant après le deuxième mois, ou encore après une maladie des seins (gerçures, lymphangite).

L'hypogalactie primaire peut résulter d'un défaut de développement ou d'une atrophie de la glande mammaire, à la suite d'un abcès par exemple.

On a invoqué dans l'étiologie de l'hypogalactie des troubles utéro-ovariens, l'hérédosyphilis, et l'anémie. On connaît l'influence d'un choc moral ou d'une émotion sur la sécrétion lactée.

La grande cause de l'hypogalactie c'est pourtant le plus souvent la mauvaise direction de l'allaitement. Dans certains cas c'est l'enfant débile ou paresseux qui tète mal, dans d'autres cas c'est la montée laiteuse qui est

retardée (peut ne survenir qu'au bout de cinq jours et même davantage). Alors la glande mammaire a besoin de sollicitation. Et la meilleure sollicitation c'est la bouche de l'enfant. Mais la mère se décourage trop vite quand la sécrétion lactée est insuffisante, n'a pas la patience d'attendre, et renonce.

Pour provoquer ou augmenter la sécrétion lactée et pour suppléer à la succion de l'enfant, de nombreux procédés ont été inventés et conseillés. Parmi les médicaments internes il faut mentionner le galéga, la farine de grains de cotonnier des différents opothérapies, qui n'ont pas donné des résultats réellement efficaces. Les moyens externes préconisés pour augmenter la sécrétion laiteuse agissent surtout en provoquant la congestion de la glande mammaire (par exemple : les massages, aspiration par les ventouses, frictions succi-pompes, etc. Plus récemment des moyens électriques comme la faradisation, haute fréquence et la diathermie.)

Mais tous ces procédés ont des défauts et la meilleure galactogène reste la succion du mamelon par la bouche du nourrisson.

On connaît que la sécrétion lactique est le produit d'un acte réflexe, dont le point de départ habituel est l'excitation du mamelon. Aussi on a cherché à combattre l'hypogalctie et suppléer par des procédés artificiels dont nous avons parlé tout à l'heure.

Si on analyse la succion physiologique du nourrisson et son influence sur la sécrétion mammaire on constate les cas suivants :

a) un phénomène purement mécanique d'aspiration.

L'enfant saisi avec les lèvres le mamelon, le place dans la gouttière formée par la langue et par le palais de la bouche, crée un vide dans la cavité buccale et fait jaillir le lait.

b) L'autre, un phénomène plus complexe où l'enfant exerce par ses lèvres des excitations à la base du mamelon, ces excitations agissent sur la sécrétion mammaire par l'intermédiaire du système nerveux de la glande. Les appareils jusqu'ici n'ont pu imiter ce mécanisme. Après avoir observé la traite mécanique des animaux, on a constaté que la glande mammaire soumise à des suctions répétées est capable d'augmenter son débit à condition que la glande soit vidée complètement à l'occasion de chaque traite. On connaît la possibilité de faire la même chose chez la femme, mais nous répétons qu'il est essentiel que le lait sécrété soit extrait complètement.

C'était le professeur Marfan qui a conseillé de faire téter la mère par un nourrisson sain et vigoureux si le sien ne l'est pas, et qu'il faut compléter l'alimentation d'un enfant dont la mère n'a pas assez de lait en le mettant de temps en temps au sein d'une autre nourrice.

Mais ces moyens sont peu utilisables car d'une part la mère n'accepte pas facilement un autre enfant pour l'allaiter et d'autre part, parfois, il est très difficile de trouver une nourrice qui pourra compléter l'allaitement de ces enfants et en plus encore des raisons hygiéniques et matérielles le rendent peu commode.

Le tire-lait électrique, semble-t-il, a résolu ces pro-

blèmes : imitant le plus parfaitement possible la succion du nourrisson. Il est abordable matériellement à presque tout le monde, et il est parfait au point de vue hygiénique.

Il reste néanmoins certains cas d'hypogalactie que rien n'explique et qui selon le professeur Marfan seront liés à une hypotrophie héréditaire de la glande mammaire. En effet, il y a des familles où les mères n'allaitent pas depuis des générations. Ici, il nous semble que jusqu'à nouvel ordre il n'y a rien à faire.

CAUSES DE L'IMPOSSIBILITÉ DE L'ALLAITEMENT PROVENANT DE L'ENFANT

Malgré qu'elles soient moins fréquentes, les applications du tire-lait électrique trouvent ici également un emploi de premier ordre et donne des résultats aussi très satisfaisants.

a) Il nous faut citer tout d'abord les *malformations buccales* (ce sont surtout : le bec de lièvre, la perforation ou fissure palatine) qui empêchent l'enfant de prendre correctement le sein et parfois même elles sont causes de l'impossibilité de l'allaitement.

Ces mauvaises prises de sein ont pour conséquences néfastes la dénutrition de l'enfant d'une part, et comme le mamelon n'est pas sollicité d'autre part, la sécrétion diminue de plus en plus et on abandonne l'allaitement au sein en lui suppléant l'artificiel.

b) Les *affections buccales* (stomatites, dentition, quand l'enfant refuse le sein) contribuent, passagèrement il est vrai, au ralentissement de la sécrétion lactée.

c) Ce sont surtout les *débiles et les prématurés* chez

qui l'importance de l'allaitement maternel est énorme, sinon totale et qui sont, dans certains cas, absolument incapables de prendre le sein ; c'est le tire-lait électrique qui permet de réaliser le maintien complet de la sécrétion en attendant qu'il puisse téter lui-même, et on évite ainsi que, si l'enfant peut téter mais incomplètement, que la sécrétion qui s'établit parfois mal dans ces cas, soit maintenue sans aucun risque de tarir.

AUTRES CAUSES

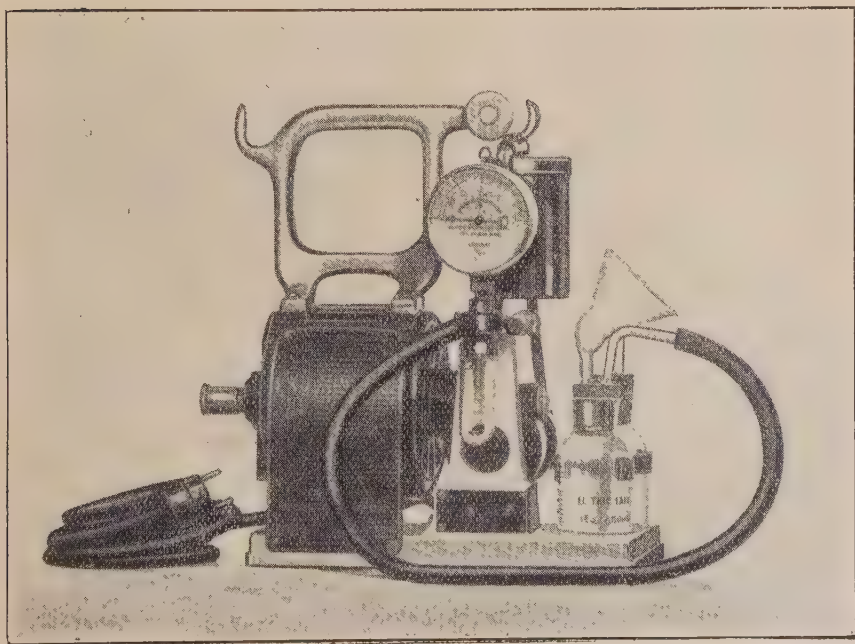
Dans le service de M. le professeur Brindeau on a pu allaiter *des jumeaux* qui sont, l'un ou l'autre, ou tous les deux, très souvent débiles, et qui supportent par conséquent mal l'allaitement artificiel, et où la sécrétion a encore plus besoin d'être activée ; grâce au tire-lait électrique le développement de ces jumeaux a été tout à fait satisfaisant.

Enfin, dans le cas de *syphilis* héréditaire et des autres maladies infectieuses, le tire-lait électrique nous rend encore de grands services. L'enfant étant syphilitique, et la mère n'ayant pas, par exemple, de lait, on peut le faire bénéficier du lait d'une nourrice absolument saine, sans avoir à craindre la moindre possibilité d'infection.

Etant donné qu'il peut être nécessaire de redonner le sein à l'enfant après le *sevrage*, on a la possibilité, grâce au tire-lait électrique, de réactiver et de rétablir la sécrétion lactée après plusieurs jours même.

DESCRIPTION DE L'APPAREIL

Après avoir tâché de faire connaître les nombreux avantages du tire-lait électrique du Docteur Abt, nous croyons pouvoir dire avec le Professeur Hamm « qu'il semble constituer une véritable renaissance de l'emploi de la pompe à lait. »



Nous allons essayer une description de l'appareil aussi simple et compréhensible que possible.

L'appareil se compose essentiellement :

- a) d'une pompe aspirante ;
- b) d'un moteur électrique ;
- c) d'un manomètre enregistreur du degré de l'aspiration effectuée ;
- d) d'un flacon muni d'un entonnoir en verre, changeable, relié à l'appareil par un tuyau en caoutchouc.

L'avantage essentiel de cet appareil sur les autres, est d'exercer une succion intermittente, produisant alternativement succion et pression, faisant un véritable massage des mamelons, comme le fait le nourrisson avec ses lèvres et sa langue, et le lait s'écoule directement dans le flacon.

L'appareil se branche sur une simple prise de courant ⁽¹⁾. Pour la traite, après avoir mis l'appareil en marche, on vérifie la succion en bouchant avec un doigt le tuyau de l'entonnoir, tandis qu'on tourne le bouton pour arriver au chiffre 2 du manomètre. (On augmente la succion en tournant ce bouton à droite, on la diminue en le tournant à gauche.)

On met l'appareil près du lit de la nourrice, sur une table fixe. Quand il s'agit d'une femme à qui l'on n'a jamais appliqué l'appareil, il est important, pour la mettre en confiance, de lui poser un bout de sein de

(1) Prendre soin de signaler à la maison qui fournit l'appareil, le voltage et la nature du courant utilisé.

l'appareil (avant la stérilisation), quelque part sur le corps, alors que l'appareil est déjà en marche.

Une accouchée récente doit se mettre au bord de son lit, sur le décubitus latéral.

L'appareil étant en marche, (après avoir établi le contact), on applique l'entonnoir contre le sein, préalablement lavé à l'eau bouillie.

Une précaution indispensable pour empêcher le bout de sein d'être entraîné vers les parois de l'entonnoir, c'est que le mamelon soit exactement de l'axe de ce dernier.

Laisser l'appareil fonctionner quelques secondes au chiffre 2, l'aspiration doit, en effet, être faible au début, pour habituer le sein. Puis on augmente lentement la succion. On arrive très rapidement jusqu'aux chiffres 6 et 8 (c'est le réglage optima de l'appareil). Le lait coule abondamment alors, sans provoquer aucune sensation désagréable.

Il faut environ de huit à dix minutes pour vider un sein à la succion de 8 (la pompe permet d'obtenir environ 45 suctions par minute).

Si on laissait le flacon trop se remplir, le petit tube de verre placé sous le manomètre, permet de recueillir le trop-plein et d'empêcher le lait d'aller dans la pompe. Le flacon récepteur doit être tenu verticalement; sans cette précaution, le lait risque de couler entre l'entonnoir et le sein.

Il est excellent d'interrompre la succion toutes les deux ou trois minutes pendant quelques instants (comme

l'enfant qui interrompt de temps en temps sa tétée pour la reprendre ensuite).



L'appareil est livré avec des entonnoirs de formes différentes pour pouvoir les adopter aux différents cas et aux différentes formes de mamelons. Les modèles ici reproduits, semblent être les plus fréquemment utilisables.

L'asepsie de la traite est très simple à assurer : il suffit de faire bouillir le flacon, le bout de sein et la tubule en verre avant chaque tétée.

ENTRETIEN ET NETTOYAGE DE L'APPAREIL

Ils sont très simples. Une fois par semaine, quelques gouttes d'huile de vaseline dans les trous destinés à cela ; démontage de la pompe (nécessaire environ chaque mois) ; le moteur est encore plus rarement à vérifier. D'ailleurs, la maison fournissant l'appareil donne toutes les indications nécessaires.

AVANTAGES DE L'APPAREIL

- 1° Asepsie de la traite.
 - 2° Douceur de la succion qui n'est jamais douloureuse.
 - 3° Absence complète de traumatismes, même dans les affections douloureuses des seins.
 - 4° Possibilité de régularisation précise de la succion.
 - 5° Suppression de toute fatigue pour la mère, ce que ne font pas les autres appareils.
-

OBSERVATIONS

1° Emploi de la pompe à lait électrique après accouchement gémellaire (1)

« Il-pare, accouchant de deux enfants, un garçon pesant 1.900 gr. et une fille pesant 2.100 gr. Les enfants, trop débiles, têtent très mal, et des crevasses apparaissent de suite. Montée laiteuse très importante au début du troisième jour. La traite à la main ne donne aucun résultat. L'emploi du succi-pompe est très douloureux et ne donne qu'une quantité de lait insignifiante. A l'aide de la pompe électrique, voici les résultats obtenus, sans douleur et avec la plus grande facilité, malgré la présence de crevasses qui guérissent en 48 heures.

Quatrième jour après l'accouchement 640 grammes ; cinquième 575 gr. ; sixième 540 gr. ; septième 620 gr., etc... En sept jours, la pompe électrique a permis d'obtenir 4.375 grammes de lait maternel.

Sans aucun doute, dans ce cas, seul l'emploi de la pompe électrique a permis de nourrir les enfants avec le lait maternel, de maintenir cet allaitement, tout en soulageant la mère et en laissant guérir les crevasses. La pompe

(1) Observation présentée par M. Lantuéjoul à la séance du 10 décembre 1928 de la Soc. d'Obst. et de Gyn., sous la présidence de M. le professeur Brindeau.

électrique est un instrument qui marque un progrès considérable sur les méthodes plus anciennes. On peut dire, sans exagération, qu'il y a urgence à la faire connaître et à en généraliser l'emploi ».

*2° Emploi du tire-lait électrique
dans un cas de crevasses bilatérales (1)*

Madame R..., 35 ans, 6°-pare, accouchement le 22 février 1929 ; garçon de 3.975 gr., mis au sein le 24. Le 25, apparaissent des crevasses bilatérales, la mère cependant continue à allaiter. Le 26, les tétées sont très douloureuses, les mamelons présentent plusieurs fissures à la base et à la pointe. On supprime l'allaitement au sein et on emploie le tire-lait électrique. A 9 heures, tire-lait électrique, 10' au sein gauche ; 50 grammes de lait, pression 5. Aucun phénomène douloureux. A douze heures, tire-lait électrique 10' au sein droit, 40 gr. A quinze heures, tire-lait électrique au sein gauche, 55 gr. Le lait est donné à l'enfant. Aux autres tétées, l'enfant reçoit un biberon de lait stérilisé. Le 27, à 9 heures, tire-lait électrique, 10' au sein droit, 60 gr. A 12 heures, tire-lait électrique au sein gauche, 50 gr. Aux autres, tétées on donne un biberon. Le 1^{er} mars, les crevasses sont complètement cicatrisées au sein droit, au sein gauche, persiste une légère excoriation. L'allaitement est repris à l'aide d'un bout de sein. Sortie de la femme.

3° Emploi du tire-lait électrique dans un cas d'hypogalactie.

Secondi-pare de 23 ans, le premier enfant mort en 5 semaines, n'ayant pu être allaité au sein à cause d'une hypogalactie très marquée. Ses seins sont petits mais bien conformés. Le premier jour de la traite électrique (troisième

(1) Ces observations ont été prises à la maternité de l'hôpital Tenon, par M. Benoist.

jour après l'accouchement) la quantité totale est de 185 gr. Le deuxième jour, 225 gr. ; troisième, 280 gr. ; quatrième, 240 gr. ; cinquième, 245 gr. ; sixième, 315 gr., et onzième 520 gr. Le douzième jour, l'enfant mis directement au sein prend 435 gr. Après la sortie de la mère, la sécrétion lactée diminue considérablement. Une deuxième tentative de 6 jours est faite, on n'obtient que 300 à 350 gr. Après 15 jours, l'enfant prend de 70 à 90 gr. à chaque tétée.

*4° Emploi du tire-lait électrique
dans un cas de sein ombiliqué.*

Malade de 24 ans, accouchement le 12 février ; garçon de 3.090 gr., mis au sein le 14 : impossible, car les mamelons sont ombiliqués, invaginés dans la profondeur en doigt de gants. Sein riche en glande, le lait s'écoule très facilement. Après 4 jours d'application de tire-lait électrique, 4 fois par jour, les mamelons font une saillie de presque 1 centimètre. L'enfant est mis alors directement au sein. Depuis, les tétées s'effectuent très facilement, et la femme sort le 24 février.

CONCLUSIONS

Nous venons de voir combien le Tire-lait électrique du Docteur Abt peut être utile à l'allaitement des enfants, et combien ses applications sont multiples.

Dès les premiers jours des suites de couches, son emploi permet d'activer la sécrétion mammaire, ainsi que d'évacuer le produit des glandes congestionnées. Plus tard, en cas d'hypogalactie secondaire, c'est un appareil qui peut rendre d'excellents services pour activer la sécrétion lactée. Il s'impose lorsqu'on a affaire à des conformations vicieuses des mamelons, de même que dans les cas d'hyperesthésie papillaire.

Il est parfaitement indiqué, comme nous avons essayé de le montrer, dans les cas suivants : syphilis, succion déficiente des débiles et des prématurés et des nourrissons présentant des malformations buccales ; excoriations et gerçures des mamelons ; lymphangite, en somme, chaque fois qu'il est inévitable de suspendre l'allaitement maternel. Autant de cas, où pour des raisons multiples et bien connues, on se trouvait devant des problèmes difficiles et souvent graves.

Cet appareil est d'une technique remarquablement simple, et d'un prix accessible ; si nous ajoutons à cela qu'il n'est jamais contre indiqué, nous pourrions affirmer, sans crainte d'exagérer, que le tire-lait électrique du Docteur Abt est l'appareil idéal pour l'allaitement indirect, quelque soit le motif qui l'impose.

Vu : *Le Doyen,*
BALTHAZARD.

Vu : *Le Président,*
BRINDEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
Pour le Recteur, l'Inspecteur de l'Académie :
J. PERRON.

BIBLIOGRAPHIE

BRINDEAU et DESTRIEUX. — De l'emploi de la pompe à lait électrique (*Bull. Soc. d'obst. et de gynécologie*, Novembre 1928).

A. HAMM. — De l'emploi du tire-lait électrique américain (*Rev. Fr. de Pédiat.*, Juin 1929).

DOAT. — De la difficulté de l'allaitement provenant de la forme des mamelons (*Thèse de Paris* 1887).

MARFAN. — *Traité de l'allaitement*.

DERESSE. — Des causes qui empêchent d'allaiter ; moyens d'y remédier (*Thèse de Paris* 1914).

BENOIST. — Recherches cliniques sur l'emploi d'une nouvelle pompe à lait électrique (*Thèse de Paris* 1929).

LANTUEJOUL. — Emploi de la pompe à lait électrique après accouchement gémellaire (*Bull. Soc. d'Obst. et de Gyn.*, Décembre 1928).

